



399213
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7971517	7-Data Validade da Senha 17/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532190100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAY KAWER CORREA GOMES		14-Telefone 26/03/2005 () -	15-Nome do titular do plano DAIANE CORREA APOLONIO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		27-Número no CRO 10960	28-UF GO	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			20/10/20		Daiane
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/20 Daiane Correa Apolonio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/20
---	---	--	---